

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE NO AUTOMOVILÍSTICO CON RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

NÚMERO DE PÓLIZA _____

NÚMERO DE RECLAMACIÓN _____

PERIODO DE LA PÓLIZA _____

AGENCIA _____

Nombre del asegurado: _____ Teléfono: _____

Dirección del asegurado: _____

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ M.

Nombre de la persona lesionada: _____ Edad: _____ Número del seguro social: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Nombre del empleador: _____

Relación con el asegurado: _____ ¿Qué estaba haciendo el lesionado antes del accidente? _____

Tipo y grado de la lesión: _____

¿A dónde fue llevado el lesionado después del accidente? _____

Nombre del médico: _____ Pronóstico: _____

¿El lesionado ha faltado al trabajo a causa del accidente? _____ De ser así, ¿Por cuánto tiempo? _____

Nombre del propietario del bien: _____ Teléfono: _____

Dirección del propietario: _____

Costo estimado de reparación: \$ _____

Nombre del testigo: _____ Teléfono: _____

Dirección del testigo: _____

Nombre del testigo: _____ Teléfono: _____

Dirección del testigo: _____

Descripción del accidente: _____

¿Se comunicó con la policía? _____ Se ser así, ¿con qué departamento? _____ Nombre del oficial: _____

Firma: _____

Fecha de la firma: _____

Form 2410F- SP

© 2006 Nationwide Publishing Company, Inc.

<http://www.claimspages.com>

Translation services provided by <http://www.VerbatimLanguages.com>